Le Numéro : 15 CENTIMES — 16 Mars 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements..... 7 fr.
Etranger..... 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES APPENDICITES, par A. Routier. 97
LA STÉRILITÉ DANS LE PUS DES ABCÈS DU FOIE, par L. Longuet. 99
MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des abcès tuberculeux (mal de Pott et coxo-tuberculose). . 101
ANALYSES DES TRAVAUX français et étrangers 101
UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE. 104
SOCIÉTÉS SAVANTES françaises et étrangères . . XXXIX

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 19 mars 1895, à 1 heure. — M. Patay : De la scoliose au point de vue obstétrical ; MM. Tarnier, Le Dentu, Quénu, Bar. — M. Champdemerle : Contribution au traitement chirurgical du prolapsus génital (Opération de Freund) ; MM. Le Dentu, Tarnier, Quénu, Bar. — M. Fornari : De la fièvre bilieuse hématurique ; MM. Laboulbène, Polaillon, Chantemesse, Charrin. — M. Lelièvre : Etude critique sur la pneumo-paludisme et la pneumonie dans l'impaludisme ; MM. Laboulbène, Polaillon, Chantemesse, Charrin. — M. Gaffié : Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les injections de tuberculine ; MM. Dieulafoy, Debove, Troisier, Marie. — M. Chaillou : La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphtériques ; MM. Dieulafoy, Debove, Troisier, Marie. — M. Louis ; Recherches sur la percussion métallique combinée à l'auscultation de l'appareil respiratoire, à l'état normal et dans quelques états pathologiques ; MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Marie. — Glorget : Contribution à l'étude de l'embarras gastrique ; MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Marie.

Mercredi 20 mars 1895, à 1 heure. — M. Delabost : Souffles cardio-pulmonaires chez les enfants ; MM. Potain, A. Robin, Brissaud, Gaucher. — Mme Feit : Traitement de la période algide du choléra à l'hôpital Saint-Pierre-et-Paul de Saint-Pétersbourg pendant l'épidémie de 1892 ; MM. Potain, A. Robin, Brissaud, Gaucher. — Mlle Porojniakow : Contribution à l'étude des palpitations liées aux affections gastriques ; MM. Potain, A. Robin, Brissaud, Gaucher. — M. Lesueur : Grossesse et variole. Influence de cette maladie sur la mère et l'enfant. Les suites de couches ; MM. Straus, Pinard, Marchand, Varnier. — M. Siffleet : Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable ; MM. Pinard, Straus, Marchand, Varnier. — M. Guette : Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations utérines ; MM. Pinard, Straus, Marchand, Varnier. — M. Reymond : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et à la bactériologie des salpingo-ovarites ; MM. Terrier, Grancher, Déjerine, Jalaguier. — M. Lacaze : Réfrigération dans les maladies infectieuses chez les enfants ; MM. Grancher, Terrier, Déjerine, Jalaguier.

Lundi 18 mars 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Jalaguier, Poirier. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, Retterer, Weiss. — 3e Oral (Première partie) : MM. Segond, Delbet, Varnier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Kirmisson, Ricard, Tuffier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Lejars, Sebileau. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Dejerine, Chauffard.

Mardi 19 mars 1895. — Dissection : MM. Mathias Duval, Retterer, Sebileau. — 3e (Deuxième partie), MM. Hallopeau, Ballet, Ménétrier. — 3e Oral (Première partie) MM. Richelot, Budin, Albarran. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Campenon, Schwartz. — 5e (Deuxième partie) Charité (1re série) : MM. Cornil, Marfan, Letulle. — 5e (Deuxième partie) Charité (2e série) : MM. Raymond, Hanot, Roger.

Mercredi 20 mars 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 2e (Deuxième partie), MM. Gley, Weiss, Heim. — 4e : Pouchet, Landouzy, Netter.

Vendredi 22 mars 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Segond, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Delbet, Ricard, Tuffier. — 5e (Deuxième partie) Charité (1re série) : MM. Potain, A. Robin, Gaucher. — 5e (Deuxième partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Brissaud, Dejerine. 5e Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 23 mars 1895. — Dissection : MM. Mathias Duval, Campenon, Nélaton. — 2e Oral (Première partie) : MM. Polaillon, Rémy, Quénu. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Charrin. — 5e (Première partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Brun. — 5e (Première partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Richelot, Albarran. — 5e (Deuxième partie) Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Chantemesse, Letulle. — 5e (Première partie) : Obstétrique, Clinique d'accouch. rue d'Assas : MM. Budin, Bar, Poirier.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchement). Ont traité les questions suivantes :

11 mars : MM. Lagoutte (de Lyon), Rochard. — Question : *Luxation congénitale de la hanche.*

12 mars : MM. Villard (de Lyon), Broca. — Question : *Prolapsus du rectum.*

13 mars : MM. Legueu, Beurnier. — Question : *Abcès de la mamelle.*

14 mars : MM. Chaput, Vallois (de Lille). — Question : *Corps étrangers de la vessie.*

15 mars : MM. Braquehaye (de Bordeaux), Lyot. — Question : *Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie*

HOPITAUX

Concours de l'Internat.

Séance du 11 mars 1895.

SINUS DE LA DURE-MÈRE ; FRACTURES DE LA BASE DU CRANE.

	Path.	Tot.		Path.	Tot.
Piatot (I. P.)	15	41	Auclair	16	42
Got	16	41	Rist	17	45
Blanc	16	42	Claisse (I. P.)	17	44
Théohari	14	39	Millienne	15	38
A. Lévy	14	39	Le Fournier	14	37

Séance du 13 mars 1895.

COL DE L'UTÉRUS ; DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES DE LA DÉLIVRANCE.

	Path.	Tot.		Path.	Tot.
Grisel	13	39	Jousset	14	38
Bertherand	17	42	Tissier (I. P.)	15	39
Nimier (I. P.)	15	40	Comte (I. P.)	14	42
Véron	14	40	Levrey (I. P.)	17	44
Druault	16	40	Riffé (I. P.)	14	39

Séance du 15 mars 1895.

ARTÈRE SYLVIENNE ; DES APHASIES.

	Path.	Tot.		Path.	Tot.
Gaullieur l'Hardy	13	39	Rastouil	15	40
Cestan	16	41	Milian	18	44
Mercier (Raoul)	14	38	Leroy	16	41
Rudeaux (I. P.)	16	39	Gibert	15	39
Constensoux	15	40			

Soit en tout :

Deux	46	Six	41
Deux	43	Dix-neuf	40
Trois	44	Dix-sept	39
Trois	43	Sept	38
Six	42	Sept	37

Concours de l'Externat.

Séance du 10 mars 1895.

PÉRITONITE AIGUE GÉNÉRALISÉE.

	Path.	Tot.		Path.	Tot.
Noisette	16	29	Ozanne	13	25
Pierrhugues (M.)	9	14	Mihailesco	12	27
Richard (L.)	14	31	Ombredanne	12	29
Degris	9	24	Monceau	13	27
Pitance	15	31	Saurel	14	28
D'Avellar	16	24	Constensoux	17	34
Pétron	19	37	Vouzelle	16	31
Prat	17	29	Grosjean	16	32
Mouille	11	25	Morin	14	27
Nicolas	17	29	Roger	15	28

La prochaine séance aura lieu demain dimanche à 9 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

12 mars 1895.

Grossesse extra-utérine tubaire gémellaire. Rétention pendant quinze années d'un fœtus mort à terme. Laparotomie. Guérison. — M. Folet (de Lille) présente l'observation d'une grossesse, qui était la cinquième, datant de seize ans, extra-utérine tubaire gémellaire ; l'un des fœtus était mort à deux ou trois mois : l'autre était parvenu à terme, fait extrêmement rare dans les grossesses tubaires, car on n'en connaît que six ou sept observations. Pendant quinze année, le sac contenant ces deux fœtus resta sans produire aucun accident ; depuis un an, de petites poussées de péritonite ayant amené des douleurs assez vives, la malade, âgée de quarante-neuf ans, entra dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur, à Lille, pour être débarassée de sa tumeur.

L'opération fut laborieuse, en raison des nombreuses adhérences du sac fœtal à l'intestin ; il put, néanmoins, être extirpé en presque totalité ; seul, le fond trop adhérent, fut laissé en place et suturé en collerette à la partie inférieure de la plaie. Les suites de l'opération furent simples : guérison complète en six semaines.

Le fœtus trouvé dans le sac n'est pas un lithopédion. Ses tissus souples, non calcifiés, mais présentant une densification qui leur donne la consistance du lard cuit, ont conservé, sauf quelques modifications, leur structure reconnaissable à l'œil nu et au microscope, d'après des préparations et des coupes faites sur la peau, le tissu conjonctif et les muscles, par M. Curtis.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

VICHY-CÉLESTINS
Dispepsies : Vin de Chassaing. — *Aliment des enfants* : Phosphatines Falières. — *Constipation* : Poudre laxative de Vichy.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire*

Des accidents industriels du phosphore. — **M. Magitot.** Les ouvriers employés à la fabrication des allumettes au phosphore blanc sont susceptibles d'absorber par les voies respiratoires des vapeurs phosphorées qui, pénétrant dans le sang et dans les tissus, y déterminent un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique, *le phosphorisme*, dont l'intensité varie suivant les individus, la nature et la durée de l'emploi des vapeurs phosphorées, les aménagements et l'état d'insalubrité des usines et des ateliers.

Le phosphorisme se manifeste par des phénomènes les uns généraux, c'est-à-dire communs à tous les ouvriers, les autres particuliers à tels ou tels individus plus spécialement prédisposés.

Les accidents généraux à tous les ouvriers sont : l'état cachectique, la teinte sub-ictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine et dans la salive, des signes évidents d'anémie surtout chez les femmes, un degré très marqué dans la mortalité infantile et enfin une déchéance de la nutrition générale, reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans l'urine, à l'abaissement des oxydations azotées et à l'accroissement considérable de la *déminéralisation* de l'organisme (A. Robin), produisant dans le tissu osseux des modifications de constitution chimique qui impriment un degré inusité de gravité aux accidents qui peuvent l'atteindre.

Les signes particuliers du phosphorisme, dépendant de prédispositions individuelles sont : l'entérite chronique avec diarrhées rebelles, la néphrite et la cystite, la bronchite, la fragilité des os, d'où fréquence des fractures et consolidation très lente et souvent difforme de celles-ci, la facilité des ruptures musculaires et enfin la production d'une nécrose spéciale des mâchoires, dite nécrose phosphorée ou mal chimique, le plus grave assurément des accidents, car il entraîne presque inévitablement la mutilation ou la mort des malades.

Cet état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes. Il se retrouve longtemps après qu'un ouvrier a quitté l'usine et donne ainsi l'explication de l'apparition tardive des accidents et en particulier de la nécrose. En ce qui concerne la nécrose dite phosphorée, le phosphorisme seul ne saurait l'expliquer ni la provoquer. Il faut pour sa genèse un second facteur, une lésion préalable des mâchoires, porte d'entrée du mal.

Toute intervention chirurgicale portant sur le squelette en général, et plus particulièrement sur la bouche, peut, dans l'état de phosphorisme, entraîner les complications les plus graves et provoquer l'apparition d'une nécrose.

La thérapeutique du phosphorisme doit tendre à l'élimination complète du phosphore dont l'économie est imprégnée. Elle repose sur l'emploi prolongé du lait (régime lacté absolu), de l'oxygène ou de l'air ozonisé, l'exercice soutenu, les préparations à base d'essence de térébenthine, etc., c'est-à-dire de tous les agents propres à provoquer l'oxydation et l'élimination du toxique.

La durée de ce traitement ne peut être fixée ; elle sera longue et pourra toujours être appréciée par l'analyse uroscopique et l'indication du coefficient de déminéralisation.

Tant que dure l'état de phosphorisme, les opérations qui se pratiquent sur la bouche, en vue de la résection des os nécrosés, sont presque toujours suivies de récidive et le chirurgien assiste, impuissant, à l'envahissement progressif du mal. On ne doit donc intervenir chirurgicalement que lorsque l'état de phosphorisme a entièrement disparu.

Enfin, comme dernière conclusion, le remède radical à un tel état de choses est celui qui a été maintes fois réclamé, c'est-à-dire l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

M. Magitot fait donc à l'Académie les deux propositions suivantes : 1° réclamer l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes ; 2° désigner une commission chargée de rechercher les voies et moyens capables, à titre provisoire, de conjurer et d'atténuer les dangers dont est menacé un groupe important de la population ouvrière.

Stérilisation du lait. — **M. Cazenave** (de Lille). La méthode de stérilisation du lait, préconisée par M. Budin, remplit tous les desiderata, quand il s'agit de préparer du lait stérilisé devant être consommé dans les vingt-quatre heures ; mais, ce lait ne peut pas être conservé plus longtemps. Par une ébullition prolongée à l'abri de l'air, grâce à un bouchage spécial, M. Cazenave a trouvé le moyen de préparer un lait stérilisé qui se conserve plus de deux mois et qui cependant n'a pas été porté à une température supérieure à l'ébullition, et n'a par conséquent perdu en rien sa digestibilité.

Empyème du sinus maxillaire ; amaurose. — **M. Panas** relate l'observation d'un malade atteint de suppuration du sinus maxillaire, consécutive à une ostéopériostite d'origine dentaire, avec phlegmon de l'orbite, exorbitis et amaurose du côté lésé.

Malgré l'intervention chirurgicale, le patient succomba à des accidents méningo-encéphaliques. L'autopsie permit de constater l'existence d'une méningite suppurée de la base, en même temps que d'un abcès de la corne frontale. La communication entre le cerveau et la cavité orbitaire s'était faite par une perforation de la voûte orbitaire, perforation située au niveau de la petite aile du sphénoïde.

L'amaurose s'expliquait par une compression du tronc du nerf en arrière du trou optique, déterminée par une infiltration de cellules embryonnaires dans les deux gaines d'enveloppe du tronc nerveux. Une sorte de dégénérescence wallérienne du nerf s'était produite consécutivement à cette périnévrite.

Tandis que la suppuration du sinus était due au staphylocoque jaune, celle des méninges était d'origine streptococcique, infection secondaire comparable à une sorte d'érysipèle des méninges.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

9 mars 1895

Troubles trophiques et vaso-moteurs dans la syringomyélie. — **MM. Déjerine** et **Mirallié** présentent une malade âgée de cinquante-sept ans, syringomyélique depuis l'âge de vingt-huit ans. Cette syringomyélie, jusqu'ici unilatérale, prédomine très nettement du côté gauche. A la face existent des troubles spéciaux très intéressants : la moitié gauche est très atrophiée ; l'œil rétracté semble plus petit ; la fente palpébrale est rétrécie dans tous ses diamètres ; il existe, en outre, un myosis très accentué ; la narine gauche est moins ouverte. L'atrophie porte surtout sur les parties osseuses de la face, apophyse orbitaire externe, pommette, maxillaire supérieur et inférieur qui sont très diminuées de volume. Du côté gauche, les dents sont presque toutes tombées ou cariées ; les cheveux sont plus clairsemés ; la narine est constamment sèche. Les larmes sont, au contraire, plus faciles du côté hémiatrophié. La sécrétion sudorale est abolie à gauche, même malgré l'injection de pilocarpine qui entraîne cependant une sudation abondante du côté droit. La sensibilité sous tous ses modes, tact, douleur, chaud, froid, est diminuée sur tout le côté gauche. Enfin, la température est abaissée et inférieurede 1° 1/2 à 2° du côté atrophié.

Les troubles oculaires (rétrécissement de la fente palpébrale, myosis), le rétrécissement de la narine, tiennent évidemment à la paralysie du sympathique cervical mais, ce qui est à remarquer ici, c'est l'abaissement permanent de la température du côté paralysé, alors que dans les sections expérimentales du sympathique cervical, on obtient, au contraire, une élévation de température. Il est aussi très difficile d'expliquer l'atrophie osseuse. Il ne saurait s'agir ici d'arrêt de développement car la malade affirme que c'est vers trente-deux ans, quelques années après le début de sa maladie, que son mari et sa mère s'aperçurent et lui firent remarquer que son œil se fermait et que la moitié gauche de la face devenait plus petite. Mais, comment alors expliquer cette raréfaction osseuse chez une adulte ? A quelle lésion nerveuse peut-on la rattacher ? Cette observation présente en effet deux points qui, dans l'hypothèse très vraisemblable d'une paralysie du sympathique cervical, semblent anormaux : 1° l'abaissement de la température du côté paralysé ; 2° l'atrophie osseuse, quoique la maladie ait débuté à l'âge adulte.

M. Chauveau rappelle que lorsque l'on sectionne le sympathique cervical chez les animaux, on observe, outre le myosis et le rétrécissement de la narine et de la paupière, une augmentation de la température et de la sécrétion sudorale ; or, ces deux phénomènes sont, au contraire, diminués chez cette malade. Mais, il faut distinguer, au point de vue du résultat éloigné, entre les phénomènes musculaires et les phénomènes vasculaires : les premiers persistent des années après la section du lympathique ; les seconds vont, au contraire, en s'atténuant ; l'augmentation de la température et de la sécrétion sudorale peuvent même, au bout de cinq ou six ans, faire place à une diminution. C'est vraisemblablement ce qui s'est produit chez cette malade.

M. Laborde a gardé dans son laboratoire, cinq ou six ans, des lapins auxquels il avait sectionné le sympathique cervical ; le myosis et l'enfoncement de l'œil ont persisté sans diminution ; les phénomènes dus à la dilatation vasculaire ont, au contraire, été en diminuant, et au bout de trois ans, le côté opéré n'était pas plus chaud que le côté sain.

Dans le cas de M. Déjerine, toute la moitié gauche de la face est insensible ; le trijumeau est donc atteint par la paralysie ; or, une diminution de la chaleur locale accompagne souvent l'abolition de la sensibilité cutanée.

M. Dastre estime que dans le cas préséent, les conditions ne sont pas les mêmes que dans la section expérimentale du sympathique cervical. La lésion ici est une lésion de syringomyélie, qui atteint le sympathique, non au niveau de son cordon cervical, mais au niveau de son origine dans les cellules de la moelle. Or, ces origines sont différentes selon le rôle fonctionnel des filets qui en viennent. Le cordon du sympathique cervical contient à la fois des filets vaso-dilatateurs, des filets irido-dilatateurs, des filets trophiques, etc., qui, associés au niveau du cordon, sont dissociés dans leur trajet médullaire. On comprend ainsi que l'on puisse, en cas de lésion médullaire, observer la dissociation des phénomènes de paralysie du sympathique.

M. Féré se demande, l'atrophie des os de la face chez une adulte étant un fait exceptionnel, s'il ne s'agit pas ici d'une hémiatrophie faciale congénitale, indépendante par conséquent de la syringomyélie, ayant pu passer inaperçue tant que la malade a été jeune et grasse, mise en évidence plus tard par l'amaigrissement.

Si l'atrophie faciale est congénitale, l'orbite doit être rétréci ainsi que l'œil ; si elle est, au contraire, due à une résorption du tissu osseux, l'orbite doit être agrandi et l'œil doit avoir gardé son volume.

M. Déjerine répond que, d'après les mensurations faites par M. Vialet, les orbites et les globes oculaires sont de dimensions égales des deux côtés de la face.

M. Dupuy fait remarquer que, lorsqu'on fait l'ablation du ganglion sympathique cervical supérieur chez de jeunes animaux, on entrave le développement des parties osseuses et des parties molles de la face, et même de l'hémisphère cérébral et de l'œil du même côté ; mais, on n'obtient pas ordinairement de semblables effets chez l'adulte. Au contraire, la section du trijumeau a pu, dans quelques cas, amener de l'atrophie.

Cependant, il est deux faits dans lesquels l'arrachement du ganglion cervical supérieur a amené une atrophie de la face chez des animaux adultes. Dans le premier cas, un cobaye mâle, opéré d'un seul côté, a eu de l'hémiatrophie faciale ; dans le second cas, un cobaye femelle, opéré des deux côtés, a eu de l'atrophie bilatérale de la face. Ces deux cobayes ont été accouplés ; or, leurs petits présentaient des traces d'atrophie faciale, prédominante d'un côté de la face.

Absorption et dégagement d'acide carbonique dans le muscle séparé du corps. — **MM. Chauveau** et **Tissot** ont vu, sur le muscle fraîchement séparé du corps, que la quantité d'oxygène absorbée en une heure et demie augmente parallèlement à l'augmentation de la température depuis 15 degrés (0 cc., 210) jusqu'à 30 degrés (0 cc., 480) ; à partir de 30 degrés jusqu'à 42 degrés l'absorption d'oxygène va en diminuant.

A 42 degrés, elle diminue brusquement (0 cc., 105). Cette température de 42 degrés correspondant à la coagulation de la myosine et à la mort du muscle, on peut en conclure que l'absorption d'oxygène est en rapport avec la vitalité du muscle.

Au contraire, le dégagement d'acide carbonique va en croissant avec la température depuis 0,170 cc. à 17 degrés jusqu'à 0,776 cc. à 70 degrés. Or, à ces températures élevées, le muscle est mort depuis longtemps. Ce dégagement d'acide carbonique est donc un phénomène purement physique, sans relation avec la vitalité du muscle.

Action du froid sur la thermogenèse. — **M. Dastre** fait au nom de **M. Lefèvre** (du Havre), une communication sur ce sujet.

L'action d'une température basse d'un bain à 5 degrés provoque chez l'homme et chez le singe une modification de la température centrale et un débit de calories étudiés précédemment : ce sont là des effets constants et bien déterminés. Si, après avoir placé le sujet dans l'eau à 5 degrés, on le plonge ensuite dans un bain à 15 degrés, cette circonstance n'a pour ainsi dire aucun effet sur le débit de chaleur, ni sur l'état thermique : les choses se passent comme si le sujet était maintenu pendant le même temps dans l'eau à 5 degrés. L'excitation initiale, due à l'action du froid, importe donc seule et seule provoque les modifications thermiques et calorifiques, importantes à connaître pour l'étude physiologique des effets de l'eau froide.

Présence du glycogène dans le sang normal et dans le sang des diabétiques. — **M. Kaufmann**, les opinions étant partagées au sujet de la présence du glycogène dans le sang normal, les uns affirmant son existence, les autres la niant, a fait des recherches desquelles il résulte que le glycogène se trouve d'une façon constante dans le sang normal de l'homme et des animaux. Dans le sang des diabétiques, il existe en quantité beaucoup plus considérable que dans le sang de l'homme sain. Ces faits expliquent comment, chez les diabétiques, on peut trouver du glycogène dans le cerveau, les reins, et surtout dans les vaisseaux capillaires de ces organes.

M. Dastre a trouvé du glycogène dans de la lymphe de vache non pas libre dans le plasma, mais fixé dans les cellules absolument comme dans les cellules du foie.

Appareil pour préparer le sérum. — **M. Charrin**, au nom de **M. Chaussé**, présente un cristallisoir à fond oblique dont la partie la plus profonde est dépolie, la partie la plus élevée porte un robinet ; le tout est recouvert d'une cloche percée d'un trou. Cet appareil permet de recueillir du sang à l'état de pureté absolue ; par le repos, le caillot se forme, adhérant à la partie dépolie et laissant un sérum absolument pur, qu'au moyen du robinet il est facile de distribuer dans les récipients divers.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

13 mars 1895.

Les luxations irréductibles et l'intervention chirurgicale. **M. Reclus.** — **M. Reboul** (de Marseille) nous envoie une observation de luxation irréductible de l'épaule réduite au cinquante-cinquième jour par l'arthrotomie. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui, dans une chute, se fit une luxation sous-coracoïdienne ; des manœuvres de réduction ne purent remettre la tête en place. Quarante jours après, la malade vint trouver M. Reboul : l'impotence du bras était complète et des douleurs assez vives existaient dans toute la sphère du plexus brachial. L'intervention fut proposée

et exécutée le 4 avril 1894, cinquante-cinq jours après la chute. La malade endormie, M. Reboul pratiqua de nouvelles et consciencieuses tentatives de réduction qui ne furent pas suivies d'effet; il se décida alors à l'arthrotomie. L'opération fut délicate et laborieuse et montra que l'irréductibilité était due à l'enclavement du col anatomique sur le rebord glénoïdien antérieur, à l'existence de gros trousseaux fibreux qui maintenaient la tête dans sa nouvelle position et à la rétractation de la partie postérieure de la capsule qui, plissée en bourse, formait une bride s'opposant à la rentrée de la tête. L'opération se termina par la restauration de la capsule et de la gaine du biceps; puis, le deltoïde fut suturé. Le bras fut immobilisé jusqu'au 10 mai et des séances de massage furent commencées. La guérison fut complète et, à un récent examen pratiqué en janvier 1895, M. Reboul constata que les mouvements normaux étaient recouvrés et qu'il n'existait aucune douleur.

M. Berger. Il ne faut pas confondre, au point de vue de l'intervention, l'irréductibilité des luxations de l'épaule et celle des luxations du coude. Le plus souvent les luxations de l'épaule se réduisent facilement et même après un mois et six semaines : aussi doit-on prolonger les tentatives de réduction. Mais si l'irréductibilité persiste, le membre reste impotent et son utilisation n'est guère possible qu'après une intervention chirurgicale.

Pour les luxations du coude, il en est tout autrement Elles présentent fréquemment de bonne heure des causes d'irréductibilité absolue, mais, en retour, cette irréductibilité n'aboutit pas, comme pour l'épaule, à une impotence plus ou moins complète. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras ne sont sans doute pas aussi parfaits qu'avant la luxation, mais ils ont un degré suffisant de développement. La question se pose donc ainsi : la luxation étant irréductible, faut-il laisser les choses en état et se contenter des mouvements amoindris mais suffisamment développés qui reviendront peu à peu, ou faut-il intervenir? La réponse est délicate, et le fait suivant montre combien l'hésitation est permise.

Un enfant se fait une luxation du coude en arrière et en dehors que des tentatives de réduction n'arrivent pas à réduire. Quarante ou cinquante jours après, l'irréductibilité persiste, mais les mouvements sont suffisants pour l'utilisation du membre. Le père de l'enfant demande cependant une intervention pour rendre son fils apte au service militaire. Je donne alors du chloroforme et réduis la luxation qui d'ailleurs se reproduit aussitôt. Néanmoins après quelques manœuvres je crois la réduction complète et définitive et j'immobilise le membre. Dix jours après, je retire l'appareil et constate que la réduction ne s'est pas maintenue. Je pratique ulors l'arthrotomie et reconnais que la permanence de l'irréductibilité était due à une fracture de l'apophyse coronoïde; le fragment osseux fut réséqué et dès lors la réduction put être maintenue; appareil plâtré. Le dixième jour j'enlève l'appareil et commence la mobilisation. Malheureusement les mouvements ne reviennent pas vite et aujourd'hui, cinq semaines après l'opération, l'état de la jointure est inférieur à celui dans lequel elle se trouvait avant l'intervention. Sans doute, si les mouvements ne reviennent pas, je pratiquerai la résection, mais l'état définitif du membre ne sera certes pas supérieur à celui dans lequel il se trouvait lorsque l'enfant me fut amené.

M. Picqué développe et discute les opinions émises dans la dernière séance.

Il rappelle que jadis la notion d'irréductibilité était inséparable de la notion du temps écoulé depuis l'accident, l'irréductibilité était considérée comme le dernier terme des lésions produites dans une luxation non réduite. C'était l'époque de la doctrine osseuse de l'irréductibilité. Aujourd'hui la doctrine ligamenteuse, qui s'est substituée à elle, permet d'admettre l'existence de l'irréductibilité dans les luxations récentes.

La notion du temps est devenue secondaire, mais il faut en tenir compte; contrairement à M. Quénu, le terme de luxation ancienne ne peut disparaître : à preuve les luxations anciennes qui peuvent se réduire comme des luxations récentes, à preuve encore les faits d'irréductibilité secondaire dans les luxations anciennes; dans ce dernier cas, la notion d'irréductibilité se confond comme autrefois avec la notion du temps. En somme, si la notion d'ancienneté a perdu l'importance qu'elle avait autrefois, il n'en faut pas moins la conserver, puisqu'elle répond à des faits bien précis et utiles à la pratique.

Au point de vue du traitement, on sait depuis longtemps qu'il faut intervenir dans les luxations anciennes; dans les cas d'irréductibilité précoce, il faut agir de même. Le problème se borne donc à établir le diagnostic de l'irréductibilité, diagnostic qui ne peut se faire que par l'échec de manœuvres rationnelles de réduction.

C'est là le point délicat, et M. Monod a bien fait de s'élever contre des interventions entreprises avant que le diagnostic de l'irréductibilité ait été établi d'une façon rigoureuse. Et pour juger ce point de la question, il faut savoir quels procédés ont été mis en usage, de quelle façon et dans quelles circonstances ils ont été employés. Les limites de l'irréductibilité sont d'ailleurs difficiles à établir et elles dépendent de l'adresse, de l'expérience et de la bonne foi du chirurgien.

M. Picqué rappelle que les faits cités par M. Marchand ne prouvent qu'une chose, c'est que dans ces cas la luxation était réductible; ils ne sauraient prévaloir contre l'intervention dans les cas de luxation irréductible. Il faut donc avec Championnière et Quénu, admettre sans réserve l'intervention, quand l'irréductibilité est démontrée, fût-elle précoce.

M. Championnière admet aussi l'intervention dans les cas anciens, même quand la luxation est réductible. Il s'appuie sur les dangers possibles des manœuvres et cite un cas de mort; il invoque également des raisons orthopédiques et demande pour elle l'intervention comme pour les luxations irréductibles; dans ces conditions, le diagnostic de l'irréductibilité perdrait de son importance dans les cas de luxations anciennes puisque dans les deux cas il conviendrait de leur affecter le même traitement. Ce diagnostic n'aurait de valeur que dans les luxations récentes.

Au point de vue du mode d'intervention, M. Picqué se rallie franchement à la résection, même dans les cas récents; il ne faut pas se contenter de réduction, on doit avoir en vue la récupération fonctionnelle et la résection seule peut la fournir. Il ne fait de restriction que pour l'épaule où il admet volontiers l'arthrotomie comme Kirmisson et Ricard. Pour le coude, il fait valoir en faveur de la résection les résultats fonctionnels imparfaits que donne l'arthrotomie, le peu de gravité qu'ajoute à cette opération la suppression des extrémités osseuses et les excellents résultats des résections orthopédiques.

M. Picqué en terminant admet également comme Championnière, et pour obtenir le même résultat, la résection dans le cas des luxations anciennes réductibles.

Rapports entre les lésions dans la coxalgie et l'attitude du membre. — **M. Kirmisson.** — **M. Vincent** (de Lyon) nous a envoyé une communication sur les rapports qu'il croit exister entre le siège des lésions osseuses dans la coxalgie et l'attitude du membre. C'est ainsi qu'il prétend que lorsque, dès le le début, le membre pose en flexion, *en adduction* et en rotation en dehors ou en dedans, les lésions sont prépondérantes du côté de la cavité cotyloïde. Le membre se mettrait en adduction pour diminuer la pression de la tête sur la cavité cotyloïde. L'auteur s'appuie sur douze observations qu'il a recueillies depuis 1888 : toutes ont trait à des coxalgies qui s'accompagnaient de flexion et d'*adduction* avec rotation en dehors ou en dedans. La résection qui a été pratiquée a montré que dans 11 cas, il s'agissait de lésions acétabulaires; neuf fois les lésions étaient prépondérantes du côté de l'acétabulum; une fois elles étaient également accentuées sur la tête fémorale et l'acétabulum; une fois enfin elles étaient moindres sur l'acétabulum que sur la tête fémorale.

Le point de diagnostic que voudrait démontrer M. Vincent est assurément des plus intéressants, mais, pour emporter la conviction, il serait nécessaire de lire en entier les observations; les détails manquent dans le travail de M. Vincent.

L'auteur dit encore que l'attitude en flexion et en *adduction* se rencontre *souvent* au début de la coxalgie. D'après mon expérience, c'est *très exceptionnellement* qu'il faudrait dire.

Enfin, il ajoute que le membre se met en flexion, en *abduction* et en rotation quand il n'y a pas d'abcès ou que les abcès ne sont pas ouverts à l'extérieur, tandis qu'il se met en *adduction* et flexion quand les abcès sont ouverts. Qu'il en soit ainsi dans la majorité des cas, je l'accorde, mais il ne faut pas dire qu'à chaque fois on vérifiera cette sorte de règle.

Phlegmon du cou propagé au médiastin postérieur. — **M. Ziembicki** (de Lemberg). La rareté des phlegmons du médiastin postérieur et l'intérêt qui s'attache à leur traitement m'engagent à vous communiquer le cas suivant. Une jeune femme fut subitement prise d'enrouement, d'aphonie et de dysphagie sans que l'on put en saisir nettement la cause. La fièvre ne tarda pas à apparaître et le cinquième jour avait pris le type rémittant. Il existait un gonflement en masse du cou sans point fluctuant et de plus une fétidité horrible de la respiration.

Faisant le diagnostic de phlegmon profond du cou, je pratiquai une incision. Au-dessous de l'aponévrose, j'ouvris un gros foyer suppuré; l'inspection au doigt me permit en outre de retirer un os triangulaire. Je constatai encore que le foyer avait fusé vers le médiastin postérieur et qu'une sonde pouvait pénétrer à 11 centimètres au-dessous de l'orifice supérieur du thorax.

L'examen bactérioloique démontra qu'il s'agissait d'un abcès à pneumocoque de Friedlander, associé au staphylococcus albus.

Les suites immédiates furent bonnes : la température baissa et l'état général s'améliora. La malade fut placée sur un plan incliné, la tête en position déclive et le drainage en syphon fut établi. Les premiers jours, il s'écoula plus de 200 grammes de pus par 24 heures, puis la plaie se cicatrisa lentement. Bientôt, il ne resta plus qu'une fistulette et, malgré moi, la malade quitta l'hôpital. Huit jours après, elle revenait dans un état alarmant : température, fétidité de l'haleine, toux convulsive. Les accidents prirent une marche rapide et la mort survint bientôt, trois mois après la paræsophagotomie.

A l'autopsie je pratiquai l'ouverture du médiastin postérieur selon les règles établies en 1888 par Nosiloff et reprises en 1891 par Quénu et Hartmann. Je pus constater qu'il était fort malaisé d'aborder le foyer purulent et que, contrairement à ce que l'on trouve sur le cadavre normal, le décollement de la plèvre était très difficile. Je perforai plusieurs fois le feuillet pariétal avant d'arriver dans le foyer. J'ajoute encore que si j'avais opéré chez le vivant, je n'aurais tenu aucun compte de la règle posée par Quénu et Hartmann qui proposent l'incision à gauche; j'aurais incisé à droite, parce que le phlegmon avait dévié à droite et qu'il faut toujours aller directement au-devant d'un foyer purulent.

L'autopsie montra, outre les lésions ordinaires de la septicémie, que le foyer suppuré mesurait 11 centimètres de long sur 6 de large et qu'il existait une pleurésie purulente à droite et un foyer gangréneux au sommet du poumon droit.

Ce cas doit nous apprendre à être plus hardis que je ne l'ai été, et en pareille circonstance je n'hésiterais pas à aborder le foyer sur le médiastin postérieur, au risque de perforer la plèvre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

15 mars 1895.

Du Trional. — **M. Galliard** a employé le trional, sans aucun accident, chez quarante malades phtisiques, cardiaques ou atteints de néphrite chronique et de bronchite chronique; il a obtenu le sommeil dans tous les cas. — **M. Marie** a employé le trional à la dose de 1 gramme et n'a jamais observé d'accidents. Rappelant la communication de **M. Rendu** sur le chloralose il fait remarquer qu'il n'a jamais eu d'accidents, en l'employant à la dose de 10 centigrammes; jamais il n'a dépassé 20 centigrammes. — **M. Rendu** dit que le chloralose donne lieu à du collapsus cardiaque quand on emploie de fortes doses et rapporte un cas de mort signalé par M. Muselier à la suite de l'ingestion de 20 centigrammes de chloralose par une malade atteinte d'asthme cardio-pulmonaire. Comme conclusion il se rallie à l'avis de M. Marie de ne donner le chloralose qu'à la dose de 10 centigrammes par jour.

Paralysie combinée du grand dentelé. — **M. Galliard** présente une malade atteinte de paralysie du grand dentelé datant de l'âge de sept ans. Chez cette malade l'omoplate est écartée de la colonne vertébrale, l'angle postéro-supérieur de l'omoplate dépasse le niveau de la clavicule. Dans le mouvement d'élévation, le bras ne peut dépasser l'horizontale. Il est probable que le grand dentelé n'est pas seul atteint. M. Galliard se demande si cette paralysie ne doit pas être attribuée à la paralysie infantile. — **M. Marie** fait remarquer que les lésions médullaires de la paralysie infantile déterminent l'atrophie non seulement des muscles, mais des os et de tous les tissus, ce qui n'est pas le cas; il faut plutôt songer à une paralysie radiculaire. De plus, ici, la paralysie musculaire est complexe : en effet, quand le grand dentelé seul est atteint, le bras peut être élevé presque jusqu'à la verticale.

Effet des injections sous-cutanées, en particulier chez les tuberculeux. — **M. Hutinel** rapporte les résultats obtenus par les injections sous-cutanées chez des enfants.

Ces premières recherches ont porté sur la tuberculine. A la dose journalière variant de 1/20 de milligramme à 2 ou 3 dixièmes de milligramme il a toujours obtenu des phénomènes de réaction plus ou moins intenses.

Ces phénomènes ont été obtenus avec d'autre agents. Avec le sérum d'Hayem (H^2O et NaCl à 7 pour 1000), il a obtenu une réaction fébrile presque identique à celle de la tuberculine, quoique moins intense. Les injections ne sont pas sans danger, elles peuvent déterminer des phénomènes fluxionnaires autour des foyers tuberculeux.

La réaction fébrile se produit également chez les enfants indemnes de tuberculose, mais à un degré moindre.

Les solutions de deuteralbumose et de peptone déterminent les mêmes résultats. Le sérum d'animaux agit de même. Quand on pratique des injections sous-cutanées de sérum antidiphtéritique chez les enfants, on doit se souvenir que ces injections peuvent déterminer de la fièvre chez les individus sains, mais que la réaction est autrement intense chez les tuberculeux chez qui elle peut déterminer des phénomènes fluxionnaires. Il convient donc d'agir avec prudence. — **M. Legendre** chez un enfant coxalgique atteint de diphtérie, a employé les injections de sérum qui n'ont déterminé qu'une réaction presque nulle. — **M. Sevestre** croit que l'injection de sérum donne une poussée à la tuberculose. Il y aurait peut-être lieu, chez les enfants tuberculeux, de revenir aux anciens traitements en réservant le sérum pour les cas très graves.

M. Siredey relate ensuite un cas de **paralysie réflexe de l'intestin** : une femme de vingt-huit ans, sujette à des coliques hépatiques, est subitement prise d'une crise avec accidents d'obstruction. Le sixième jour, elle vient à l'hôpital et est laparotomisée : on ne trouve rien et la malade meurt trois heures après l'intervention. A l'autopsie on ne constate ni péritonite, ni étranglement intestinal mais on constate des calculs dans la vésicule et dans le cholédoque. Les phénomènes d'étranglement ne correspondaient donc à aucun obstacle mécanique et doivent être attribués à un réflexe parti du cholédoque.

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CREOSOTEES
Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LITHIASE RÉNALE ✻ GOUTTE Aiguë et Chronique ✻ COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE
MIDY
INOFFENSIVE, ne se décomposant point dans l'organisme.
Dosée à 0,20 par mesure ; dose selon le cas, 3 à 8 mesures par jour, chaque mesure dissoute dans un 1/2 verre d'eau, donne une boisson gazeuse agréable à prendre.
La PIPÉRAZINE se combine à l'Acide urique en donnant un *urate soluble* dans 47 fois son poids d'eau : c'est le sel d'Acide urique le plus soluble, car l'Urate de Lithine exige encore 368 parties d'eau pour se dissoudre, c'est-à-dire près de 8 fois davantage.
PRIX DU FLACON : 5 FRANCS.
Gros : PHARMACIE MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, Paris.

SOLUTION NORMALE DE
FORMOL
NOUVEAU PRODUIT ANTISEPTIQUE NON CAUSTIQUE et NON TOXIQUE
AGISSANT SURTOUT A L'ÉTAT DE VAPEUR
La puissance antiseptique des **VAPEURS de FORMOL** est *supérieure* à celle du CHLORE, du BROME et de l'ACIDE SULFUREUX.
Elle est incomparablement supérieure à celle de l'ACIDE PHÉNIQUE, du THYMOL, des PHÉNOLS, de l'ESSENCE DE CANNELLE, etc., etc., *sans laisser traces d'odeur.*
Les *linges, tentures, métaux, instruments de chirurgie* et objets quelconques ne sont pas attaqués par les vapeurs du FORMOL.
L'extrême facilité du mode d'emploi du FORMOL supprime toutes les opérations si compliquées de la désinfection par les procédés ordinaires. — Elle met à la disposition de chacun le moyen *d'opérer soi-même la désinfection à domicile* ***sans le secours d'aucun appareil.*** Pour désinfecter une salle ou une chambre de malade avec les objets qu'elle renferme, portes et fenêtres étant fermées, il suffit d'étendre un linge imbibé de la SOLUTION NORMALE de FORMOL sur une corde tendue horizontalement ; on laisse agir les vapeurs pendant 24 heures, on ménage ensuite un courant d'air pendant deux à trois jours
Pour la désinfection d'une armoire, d'un placard, meuble, tiroir, etc., avec ou sans les objets qu'ils contiennent, il suffira d'y laisser un de nos FORMOGÈNES que l'on enfermera dans lesdits meubles.
PANSEMENTS AU FORMOL
(ouate, gaze et bandes) pouvant remplacer avantageusement les pansements au sublimé.
On trouve les préparations de FORMOL dans toutes Pharm. | Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.

Glycérophosphates
PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES,* etc.
1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour. Tonique du cœur, diurétique rapide.
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance
PARIS, 3, BOULEV. ST-MARTIN & PHARMACIES

LYSOL
LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ECHANTILLON franco à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

PHTISIE Traitement préventif et curatif par Iode à dose intensive et Phosphate
INNOCUITÉ COMPLÈTE
au moyen des **VINS** et **PILULES IODO-PHOSPHATÉS** du Dr FO
Expérimentés depuis 1891, à l'Hôpital de Villepinte. — Brochre fran
JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, PARIS

SIROP D'AUBERGIER
au Lactucarium
(APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE)
Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les ***Bronchites,*** *la Grippe, etc., ont assuré au* SIROP D'AUBERGIER *une vogue immense.*
Formulaire du Dr BOUCHARDAT.
TOUX – RHUMES – BRONCHITES – INSOMNIES
F. COMAR & FILS, 28, Rue Saint-Claude, PARIS ET TOUTES PHARMACIES.